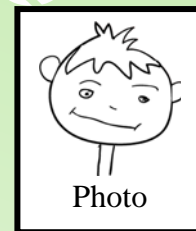


(Cocher l'accueil de loisirs concerné)

- MORLAAS     SERRES-MORLAAS  
 BUROS         ANDOINS     GER  
Ouvert uniquement vacances scolaires  
 SIMACOURBE     PONTACQ



2023  
2024

## DOSSIER D'INSCRIPTION



(Le mois de référence est celui "d'octobre N-1")

### 1. ENFANT

Garçon     Fille

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_  
 Classe : \_\_\_\_\_

**Pour les couples séparés ou divorcés, garde de l'enfant attribuée à**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ (Père, Mère, Tuteur)

### 2. SITUATION FAMILIALE :

	PERE	MERE
<b>NOM</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Code Postal - Ville</b>		
<b>Employeur</b>		
<b>N° Sécurité Sociale</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>(numéro sur lequel le ou les enfants sont enregistrés)</i>		
<b>TEL Domicile</b>		
<b>TEL Portable</b>		
<b>TEL Travail</b>		
<b>Adresse E-Mail @</b>		



- CAF    ➔ Aide Temps Libre (QF < 750)    OUI     NON   
(le mois de référence est celui "d'octobre N 1").  
 MSA    ➔ Aide aux accueils de loisirs    OUI     NON

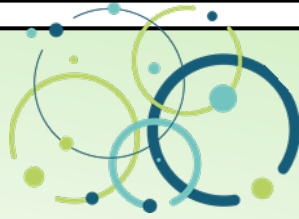
N° d'allocataire : \_\_\_\_\_

### 3. PERSONNES A CONTACTER EN PREMIER EN CAS D'URGENCE (Après les parents) ou habilitées à venir chercher l'enfant (Présentation de la Carte d'identité obligatoire)

NOM/PRENOM	Lien de parenté	Numéro Fixe	Numéro Portable
1.			
2.			
3.			



#### 4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT



VACCINS  
OBLIGATOIRES

DATES DES DERNIERS  
RAPPELS

!!!! COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIRE !!!!

L'enfant suit-il un traitement médical ? **Oui**  **Non**

⇒ **Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**  
(Boîtes de médicaments dans emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant est-il en situation de Handicap ? **Oui**  **Non**

⇒ **Si oui joindre la notification MDPH.**



Précisez les difficultés de santé (allergies, maladie, crises convulsives hospitalisation, opération rééducation) et la conduite à tenir (si automédication le signaler et fournir PAI le cas échéant)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Menu spécifique (sans porc ou autre) :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :  N° Téléphone :

#### Pièces et renseignements que les parents doivent fournir

O  
B  
L  
I  
G  
A  
T  
O  
I  
R  
E

- Copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant **(OBLIGATOIRE)**
- Attestation d'assurance garantissant la responsabilité civile de l'enfant ou assurance extrascolaire **(OBLIGATOIRE)**
- Attestation de Quotient Familial ou dernier Avis d'Imposition **(OBLIGATOIRE)**

- Photographie récente de l'enfant
- Notification MDPH
- Attestation d'Aide au Temps Libre ou attestation de QF (Octobre n-1)  
(Dispositif de la CAF qui permet aux familles aux revenus modestes de bénéficier d'une aide financière)



# AUTORISATIONS

## DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Pour être admis à l'accueil de loisirs sans hébergement, cette déclaration devra être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

(Nom, prénom)

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

(Nom, prénom)

Oui Non

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs y compris activités s'exerçant en environnement spécifique ou dites « à risque »
- Autorise mon enfant à se baigner
- Mon enfant sait nager
- Autorise mon enfant à utiliser les transports en commun à l'occasion des différentes activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs
- Autorise la direction de l'Accueil et toute personne mandatée par elle, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité (Exemple : Urgence médecin ...)
- Autorise la direction de l'accueil à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin consulté et m'engage de ce fait à régler les frais médicaux pharmaceutiques
- Autorise l'accueil de loisirs à utiliser dans le cadre éducatif ou pédagogique (journal, publications, site internet) des photos de mon enfant, prises au cours des activités
- Je souhaite mettre en place un prélèvement automatique pour régler mes factures (Mandat de prélèvement SEPA et RIB à fournir avec le dossier)
- Reconnais avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur de l'ALSH (Disponible en téléchargement => [www.cc-nordestbearn.fr/je-veux/un-centre-de-loisirs](http://www.cc-nordestbearn.fr/je-veux/un-centre-de-loisirs) )

Je déclare avoir pris connaissance de toutes les informations présentées dans le dossier d'inscription et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_